

Global Psychotrauma Screen (GPS)

	جنسیت	زن <input type="checkbox"/>	مرد <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>	
	سن (به سال):				_ _ _ _
	بعضی اوقات اتفاقاتی برای افراد می افتد که غیر معمول یا به طور خاصی ترسناک، ناگوار یا تکان دهنده هستند. آیا در یک ماه گذشته، شما....				
۱		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		کابوس هایی داشته اید که درباره اتفاق(ات) دردناکی که در گذشته زندگی خود تجربه کرده اید، باشند یا در زمان هایی که نمی خواسته اید به آن ها فکر کرده اید؟
۲		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		تلاش بسیاری کرده اید تا به اتفاق(ات) دردناک گذشته زندگی فکر نکنید؟ یا به شدت سعی کرده اید از موقعیت هایی که آن اتفاق(ات) را به یادتان می آورد، دوری کنید؟
۳		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		دائماً در حالت آماده باش و گوش به زنگ بوده اید یا به آسانی از جا می پریدید؟
۴		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		احساس بی تفاوتی یا دورافتادگی از مردم، فعالیت ها و یا محیط پیرامون خود داشته اید؟
۵		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		احساس گناه کرده اید یا نتوانسته اید بخاطر اتفاق(ات) دردناک زندگی، یا مشکلات ناشی از آن ها دست از سرزنش خود و دیگران بردارید؟
۶		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		احساس می کرده اید بی ارزش هستید؟
۷		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		تجربه فوران خشمی که نتوانید آن را کنترل کنید، داشته اید؟
۸		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		احساس پریشانی، اضطراب یا بی قراری (زودرنجی) داشته اید؟
۹		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		نتوانسته اید نگرانی خود را کنترل و یا متوقف کنید؟
۱۰		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		احساس غم، افسردگی یا ناامیدی داشته اید؟
۱۱		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		در انجام کار ها، علاقه و لذت کمی را تجربه کرده اید؟
۱۲		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		در خوابیدن دچار مشکل بوده اید و از خواب می پریدید؟
۱۳		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		سعی کرده اید که عمداً به خود آسیب بزنید؟
۱۴		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		جهان پیرامون یا سایر افراد را به طور متفاوتی درک یا تجربه کرده اید، به طوری که اشیا رویاگونه، عجیب و غریب و غیر واقعی به نظر برسند؟
۱۵		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		احساس کرده اید که از بدن خود جدا شده یا فاصله گرفته اید (برای مثال احساس کنید که دارید از بالا به خودتان نگاه می کنید یا ناظر خارجی بدن خود هستید)
۱۶		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		مشکلات جسمی، عاطفی یا اجتماعی دیگری داشته اید که باعث ناراحتی شما شود؟
۱۷		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		اتفاقات استرسزای دیگری را تجربه کرده اید؟ (مانند مشکلات مالی، تغییر شغل، تغییر منزل، بحران ارتباطی در کار یا زندگی خصوصی)
۱۸		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		سعی کرده اید بحران و تنش های موجود را با استفاده از الکل، تنباکو، مواد (مخدر) یا دارو کاهش دهید؟
۱۹		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		حامیان نزدیکتان را که در زمان سختی به راحتی می توانستید روی کمک آنها حساب کنید، از دست داده اید؟ (مانند حمایت احساسی، مراقبت از کودکان یا حیوانات خانگی، رساندن به بیمارستان یا فروشگاه، کمک در زمان بیماری؟)
۲۰		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		آیا اتفاق آسیب زنده ای را در طول دوران کودکی (18-0 سالگی) خود تجربه کرده اید؟ (مثال: آتش سوزی یا تصادف جدی، تجاوز یا سوء استفاده فیزیکی یا جنسی، حادثه مصیبت بار، دیدن کشته یا شدت مجروح شدن کسی یا فوت یکی از عزیزان(تان))
۲۱		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		آیا تا بحال تشخیص روانپزشکی دریافت کرده اید یا تا به حال به خاطر مشکلات روان شناختی تحت درمان قرار گرفته اید؟ (برای مثال، افسردگی، اضطراب یا یک اختلال شخصیت)
۲۲		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		آیا به طور کلی خود را فردی مقاوم در برابر مشکلات در نظر می گیرید؟